

## 0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

## 0.b. Cible

Cible 3.1 : D'ici 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes

## 0.c. Indicateur

Indicateur 3.1.2 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

## 0.e. Mise à jour des métadonnées

16 février 2021

## 0.f. Indicateurs connexes

En lien avec l'objectif 3.1 sur la réduction de la mortalité maternelle, l'objectif 3.2 sur la réduction de la mortalité néonatale et l'objectif 3.8 sur la réalisation de la couverture sanitaire universelle (couverture des services de santé essentiels)

## 0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Organisation mondiale de la Santé (OMS)

## 1.a. Organisation

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Organisation mondiale de la Santé (OMS)

## 2.a. Définition et concepts

### Définition :

Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (généralement des médecins, des infirmières ou des sages-femmes) est le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé professionnel. Selon la définition actuelle (1), il s'agit de professionnels compétents en matière de santé maternelle et néonatale, formés, instruits et réglementés selon les normes nationales et internationales. Ils sont compétents pour : (i) fournir et promouvoir des soins de qualité, fondés sur des données probantes et sur les droits de l'homme, adaptés aux réalités socioculturelles et dignes pour les femmes et les nouveau-nés; (ii) faciliter les processus

physiologiques pendant le travail et l'accouchement pour garantir un accouchement propre et positif; et (iii) identifier et prendre en charge ou orienter les femmes et/ou les nouveau-nés présentant des complications.

## 2.b. Unité de mesure

---

Cet indicateur est une proportion (ou pourcentage)

## 2.c. Classements

---

Un aspect important de cet indicateur est la déclaration des catégories de prestataires de santé au niveau national. Les catégories standard pour l'indicateur comprennent les médecins, les infirmières et les sages-femmes. Cependant, des catégories supplémentaires sont actuellement déclarées par certains pays. Lorsque c'est le cas, un processus de vérification est mené pendant lequel le niveau de compétence des autres catégories de prestataires de soins de santé est évalué avec des sources nationales et en communication avec les homologues nationaux.

## 3.a. Sources de données

---

Les enquêtes auprès des ménages au niveau national sont les principales sources de données utilisées pour recueillir des données pour le personnel de santé qualifié. Ces enquêtes comprennent des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes sur la santé reproductive (ESR) et des enquêtes nationales basées sur des méthodologies similaires. Les enquêtes sont menées tous les 3 à 5 ans. Les sources de données comprennent également les statistiques sur les services de routine.

Les enquêtes sur la population sont la source de données privilégiée dans les pays où l'utilisation des services d'accouchement est faible, où les données du secteur privé sont exclues de la collecte de données de routine, et/ou où les systèmes d'information sanitaire sont faibles. Ces enquêtes comprennent les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), les enquêtes sur la santé reproductive (ESR) et d'autres enquêtes nationales basées sur des méthodologies similaires. Dans le cadre des MICS, des EDS et d'autres enquêtes similaires, la répondante est interrogée à propos de la dernière naissance vivante et des personnes qui l'ont aidée à accoucher pendant une période allant jusqu'à cinq ans avant l'entretien. Ces enquêtes sont généralement menées tous les 3 à 5 ans.

Les registres des services de routine et des établissements sont une source de données plus courante dans les pays où une grande partie des naissances ont lieu dans des établissements de santé et sont donc enregistrées. Ces données peuvent être utilisées pour suivre l'indicateur sur une base annuelle.

## 3.b. Méthode de collecte des données

---

L'UNICEF et l'OMS maintiennent des bases de données conjointes sur l'ODD 3.1.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié et collaborent ensemble pour s'assurer de la qualité et de la cohérence des données (mentionnées ci-dessus).

Dans le cadre du processus d'harmonisation des données et de l'interaction avec les pays, une consultation annuelle des pays est menée par l'UNICEF. Au cours de cette consultation, les points focaux nationaux des ODD sont contactés pour mettre à jour et vérifier les valeurs incluses dans la

base de données et pour obtenir de nouvelles sources de données. Les nouvelles sources de données sont examinées et évaluées conjointement avec l'OMS. Dans le cadre de ce processus, les catégories nationales de personnel de santé qualifié sont vérifiées. Les données déclarées pour certains pays peuvent inclure des catégories de personnel qualifié autres que les médecins, les infirmières et les sages-femmes.

### 3.c. Calendrier de collecte des données

---

La base de données de l'UNICEF/OMS est mise à jour sur une base annuelle. Cependant, tous les pays ne rapportent pas de nouvelles données sur une base annuelle. Les pays qui communiquent des données provenant d'enquêtes sur les ménages peuvent communiquer une nouvelle valeur tous les 3 à 5 ans, selon leur calendrier de collecte de données. Les données provenant de sources administratives de routine sont régulièrement disponibles sur une base annuelle.

### 3.d. Calendrier de diffusion des données

---

Les données communiquées par les pays et les estimations mondiales et régionales sont publiées chaque année ; en février par l'UNICEF sur le site Web de données [www.data.unicef.org](http://www.data.unicef.org) (3) et par l'Organisation mondiale de la Santé en mai dans le Rapport sur les statistiques sanitaires mondiales (<https://www.who.int/fr/data/gho/publications/world-health-statistics>) et l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS ((en anglais) <https://apps.who.int/gho/data/node.main>). L'UNICEF fait également état de cet indicateur dans le rapport sur la situation des enfants dans le monde qui est publié tous les deux ans.

### 3.e. Fournisseurs de données

---

Ministères de la santé et bureaux nationaux de la statistique, soit par l'entremise d'enquêtes auprès des ménages, ou bien de données administratives.

### 3.f. Compilateurs des données

---

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la Santé (OMS).

### 3.g. Mandat institutionnel

---

L'UNICEF et l'OMS sont co-responsables de la compilation et de faire état de cet indicateur.

## 4.a. Justification

---

L'accès à un prestataire de soins de santé qualifié au moment de l'accouchement est une intervention importante pour sauver la vie des femmes et des nouveau-nés. Le fait de ne pas avoir accès à cette assistance clé est préjudiciable à la santé des femmes et des nouveau-nés, car cela peut entraîner le décès des femmes et/ou du nouveau-né ou une morbidité de longue durée. La couverture universelle de cet indicateur est donc essentielle pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

## 4.b. Commentaire et limites

---

Les naissances assistées par du personnel de santé qualifié sont un indicateur de l'utilisation des soins de santé. Il s'agit d'une mesure du fonctionnement et du potentiel du système de santé à fournir une couverture adéquate pour les accouchements. Cependant, à lui seul, cet indicateur ne donne pas une idée de la disponibilité ou de l'accessibilité des services, par exemple dans les cas où des soins d'urgence sont nécessaires. Cet indicateur ne rend pas non plus compte de la qualité des soins reçus.

Dans de nombreux pays, la collecte et l'interprétation des données sont rendues difficiles par l'absence de directives, de normalisation des titres professionnels et des fonctions du prestataire de soins de santé et, dans certains pays, par le transfert des tâches. En outre, de nombreux pays ont constaté qu'il existe de grands écarts entre les normes internationales et les compétences des professionnels de la santé existants qui dispensent des soins d'accouchement. Le manque de formation et un environnement favorable entravent souvent la prise en charge factuelle des complications obstétricales et néonatales courantes.

Le dénominateur le plus couramment utilisé est le nombre de naissances vivantes.

## 4.c. Méthode de calcul

---

Numérateur :

Le nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme) formé à fournir des soins obstétricaux de qualité, notamment à apporter le soutien et les soins nécessaires à la mère et au nouveau-né pendant l'accouchement et la période post-partum immédiate.

Dénominateur : Le nombre total de naissances vivantes au cours de la même période.

## 4.d. Validation

---

Dans le cadre du processus d'harmonisation des données, une consultation annuelle des pays est menée par l'UNICEF. Les contributions des pays sont examinées et évaluées conjointement avec l'OMS. Au cours du processus, les points focaux nationaux des ODD sont contactés pour mettre à jour et vérifier les valeurs incluses dans la base de données et obtenir de nouvelles sources de données. Les catégories nationales de personnel de santé qualifié sont vérifiées, et les estimations pour certains pays peuvent inclure des catégories supplémentaires de personnel formé en plus des médecins, des infirmières et des sages-femmes. Ce processus sert à valider les valeurs rapportées.

En outre, en ce qui concerne les données obtenues à partir d'enquêtes, la validité de ces données dépend de l'identification correcte par les femmes des qualifications de la personne qui assiste à l'accouchement, ce qui peut ne pas être évident dans certains pays.

## 4.e. Ajustements

---

Dans les cas où la déclaration des catégories qualifiées n'est pas cohérente avec les années précédentes ou avec les catégories considérées comme qualifiées au niveau national, les valeurs déclarées peuvent être ajustées. Lorsque cela est fait, on consulte le pays au sujet du processus.

## 4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national (ii) au niveaux régional

---

- Au niveau national :

Il n'y a pas de traitement des valeurs manquantes au niveau national. Si la valeur est manquante pour une année donnée, il n'y a pas de déclaration de cette valeur.

- Aux niveaux régional et mondial :

Les valeurs manquantes ne sont pas imputées aux niveaux régional et mondial. La dernière année disponible au cours de chaque période est utilisée pour le calcul de la moyenne régionale et mondiale.

## 4.g. Agrégations régionales

---

Les estimations régionales et mondiales sont calculées en utilisant des moyennes pondérées. Le nombre annuel de naissances de la Division de la population des Nations Unies, dans le « World Population Prospects » (3), est utilisé comme indicateur de pondération. Les valeurs régionales sont calculées pour une année de référence, incluant une fourchette de 4 à 5 ans pour chaque année de référence ou fourchette d'années. Par exemple, pour 2020, la dernière année disponible pour la période 2014-2020 a été utilisée.

## 4.h. Méthodes et instructions à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national

---

La définition du personnel de santé qualifié varie selon les pays. La proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié est calculée comme le nombre de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes) exprimé en proportion du nombre de naissances vivantes au cours de la même période.

Naissances assistées par du personnel de santé qualifié = (nombre de naissances assistées par du personnel de santé qualifié)/(nombre total de naissances vivantes) x 100.

Dans les enquêtes auprès des ménages, telles que les EDS, les MICS et les ERS, la répondante est interrogée à propos de la naissance la plus récente et des personnes qui l'ont aidée à accoucher pendant une période allant jusqu'à cinq ans avant l'interview. Pour la cohérence des rapports, les équipes de personnalisation des enquêtes dans les pays sont encouragées à examiner les catégories de prestataires de soins de santé déclarées dans les enquêtes précédentes et à assurer la comparabilité.

Les registres des services/établissements peuvent être utilisés lorsqu'une grande partie des naissances ont lieu dans des établissements de santé et sont donc enregistrées.

## 4.i. Gestion de la qualité

---

Les données sont communiquées à l'UNICEF sur une base annuelle. Les valeurs sont revues et évaluées pour s'assurer que l'indicateur rapporté est conforme à la définition et à la méthodologie standard.

## 4.j. Assurance de la qualité

---

Dans le cadre du processus d'harmonisation des données, un processus annuel de consultation des pays est mené par l'UNICEF. Les contributions des pays sont examinées et évaluées conjointement avec l'OMS. Au cours du processus, les points focaux nationaux des ODD sont contactés pour mettre à jour et vérifier les valeurs incluses dans les bases de données et obtenir de nouvelles sources de données. Les catégories nationales de personnel de santé qualifié sont vérifiées, et les données rapportées pour certains pays peuvent inclure des catégories supplémentaires de personnel formé en plus des médecins, des infirmières et des sages-femmes.

## 5. Disponibilité des données et désagrégation

---

Disponibilité des données :

Les données sont disponibles pour plus de 170 pays.

Le décalage entre l'année de référence et la production réelle de séries de données dépend de la disponibilité de l'enquête auprès des ménages pour chaque pays.

Séries chronologiques :

2000 à 2020

Désagrégation :

Pour cet indicateur, lorsque des données sont communiquées à partir d'enquêtes auprès des ménages, la désagrégation est disponible pour diverses caractéristiques socio-économiques, y compris la résidence (urbaine/rurale), la richesse des ménages (quintiles), le niveau d'éducation de la mère, l'âge maternel, les régions géographiques. Lorsque des données sont communiquées à partir de sources administratives, la désagrégation est plus limitée et tend à n'inclure que la résidence.

## 6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

---

Sources de divergences :

Des divergences sont possibles si des chiffres nationaux sont compilés au niveau de l'établissement de santé. Ceux-ci différeraient des chiffres mondiaux, qui sont généralement basés sur des données d'enquête recueillies au niveau des ménages.

En termes de données d'enquête, certains rapports d'enquête peuvent présenter un pourcentage total de naissances assistées par un professionnel de santé qualifié qui n'est pas conforme à la définition des ODD (par exemple, le total inclut un prestataire qui n'est pas considéré comme qualifié, comme un agent de santé communautaire). Dans ce cas, la proportion d'accouchements par un médecin, une infirmière ou une sage-femme est totalisée, vérifiée par le pays et incluse dans la base de données mondiale en tant qu'estimation des ODD.

Dans certains pays où l'indicateur sur le personnel de santé qualifié n'est pas activement rapporté, la naissance dans un établissement de santé (naissances institutionnelles) est utilisée comme indicateur de substitution. Ceci est fréquent dans les pays de la région d'Amérique latine, dans les régions de l'Europe et de l'Asie centrale, où la proportion de naissances assistées par des professionnels de santé est très élevée. Néanmoins, il faut noter que les naissances en institution peuvent sous-estimer le pourcentage de naissances assistées par des professionnels de santé qualifiés, en particulier dans les

cas où les naissances à domicile – assistées par des professionnels de santé qualifiés – sont prévalentes.

## 7. Références et documentation

---

(Toutes les références sont en anglais)

URL : <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

### Références :

- 1. « Definition of skilled health personnel providing care during childbirth 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA »  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/statement-competent-mnh-professionals/en/>
- 2. « Joint UNICEF/WHO database of skilled health personnel, based on population-based national household survey data and routine health systems ». <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>
- 3. Division de la population des Nations Unies, « World Population Prospects ». <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>